وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Sciences: دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center: مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

برگ گزارش فیزیوتراپی
PHYSIOTHERAPY REPORT

Unit No: شماره پرونده:

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
Time : ساعت:	Bed: تخت:		

Kind of disorder: نوع معلولیت:	Diagnosis: تشخیص:

Physiotherapist report گزارش فیزیوتراپیست	Date تاریخ

Physiotherapist Name & Signature: نام و امضاء فیزیوتراپیست: